

24

4-7



Inscrição ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/8/10 8/1/2/1/		4-Dia de Análise de 13/0/1/0/9/2/1/		5-Série AUTORIZADO		6-Código da Guia Principal 9000993		7-Dia Validação da Série 12/6/1/1/1/2/1/	
Dados de Beneficiário 8-Número da Carteira 101021021531710012110010011011											
13-Istória FLAVIO DE OLIVEIRA COSTA 18/04/1986											
9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone () - - - - -											
11-Data Validade da Carteira / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 55100218											
15-Nome do titular do plano FLAVIO DE OLIVEIRA COSTA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atribuição a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN 18-Número no CRO 16846 19-UF SC 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 55100218											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181768175919116 22-Nome do Contratado e Eculante PAULA CRISTINA KINDERMANN 23-Número no CRO 16846 24-UF SC 25-Código CHES 26-UF SC 27-Número no CRO 16846 28-UF SC 29-Código CBO 3											
28-Nome do Profissional Eculante PAULA CRISTINA KINDERMANN											

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Frasso	34- Face	35- Qto	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência no Tratamento R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Nome do Clínica	42- Assinatura
1	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	1 2 2 0 0	0 0 0	5 13 0 0 0 0 0 0				Flavio
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Envolvimento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Frequentes Co-consulta R\$

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odoncortia 4- Agência Emergência

1- Total 2- Parcela

Declaro, que posso ter sido devidamente esclarecido(s) e sou plenamente capaz para assumir a responsabilidade por este contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s)am realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

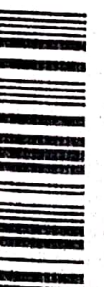
45-Observation

50-Gra. local e Assinatura do Contratado/Assinante	51-Gra. local e Assinatura do Contratado/Assinante	52-Gra. local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Gra. local e Carimbo da Empresa
01/01/2011 Paula Kindermann	31/01/2011 Paula Kindermann	30/11/2011 Paulo Freixo b.0570	31/01/2011

Paula Kindermann
Cirurgiã dentista
CRO-SC 16846

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406814	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autuação 11/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9058109	7-Data Vencimento da Guia 11/05/2011
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

703907
INTERCÂMBIO

8-Número do Contrato 0002025367676780000009001	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa YMW/P SERVICOS DE APOIO

11-Casa Unidade da Casa 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO DE OLIVEIRA BRAGA

14-Telefone 02/04/1993

15-Nome do titular do plano BRUNO DE OLIVEIRA BRAGA
--

16-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

17-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

18-Número no CRO 16846

19-UF SC

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916
--

22-Nome do Contratado Exequente PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

23-Número no CRO 16846

24-UF SC

25-Código CBO S 025 -

26-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

27-Número no CRO 16846

28-UF SC

29-Código CBO S 025 -

30-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

31-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

32-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

33-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

34-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

35-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

36-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

37-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

38-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

39-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

40-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

41-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

42-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

43-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

44-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

45-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

46-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

47-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

48-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

49-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

50-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

51-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

52-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

53-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

54-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

55-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

56-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

57-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

58-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

59-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

60-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

61-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

62-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

63-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

64-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

65-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

66-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

67-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

68-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

69-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

70-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

71-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

72-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

73-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

74-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

75-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

76-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

77-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

78-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

79-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

80-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

81-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

82-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

83-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

84-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

85-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

86-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

87-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

88-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

89-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

90-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

91-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

92-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

93-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

94-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

95-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

96-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

97-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

98-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

99-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN
--

100-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

101-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

102-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

103-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

104-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

105-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

106-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

107-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

108-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

109-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

110-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

111-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

112-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

113-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

114-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

115-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

116-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

117-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

118-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

119-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

120-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

121-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

122-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

123-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

124-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

125-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

126-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

127-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

128-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

129-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

130-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

131-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

132-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

133-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

134-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

135-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

136-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

137-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

138-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

139-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

140-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

141-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

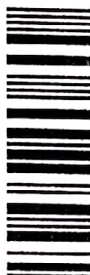
142-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

143-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

144-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

145-Endereço PAULA CRISTINA KINDERMANN

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846

2-N^o

contrato. Deixado, ainda que o(s) procedimental(ais) acima, e por mim assinado(s), (boltram realizado(s) com meu consentimento o de forma satisfatoria. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Ingrid Kindermann
Chirurgiã-dentista
CRO-SC 16846

2-N²

685082
INTERCÂMBIO

Index

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

10. *Chlorophyll a* fluorescence was measured with a Turner Designs Model 10 fluorometer.

41 - Motivo da Chama 42 - Ass

24 11 2024

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. **Introduction**
 2. **Background**
 3. **Methodology**
 4. **Results**
 5. **Discussion**
 6. **Conclusion**
 7. **References**
 8. **Appendix**
 9. **Glossary**
 10. **Index**
 11. **Table of Contents**
 12. **Figure 1**
 13. **Figure 2**
 14. **Figure 3**
 15. **Figure 4**
 16. **Figure 5**
 17. **Figure 6**
 18. **Figure 7**
 19. **Figure 8**
 20. **Figure 9**
 21. **Figure 10**
 22. **Figure 11**
 23. **Figure 12**
 24. **Figure 13**
 25. **Figure 14**
 26. **Figure 15**
 27. **Figure 16**
 28. **Figure 17**
 29. **Figure 18**
 30. **Figure 19**
 31. **Figure 20**
 32. **Figure 21**
 33. **Figure 22**
 34. **Figure 23**
 35. **Figure 24**
 36. **Figure 25**
 37. **Figure 26**
 38. **Figure 27**
 39. **Figure 28**
 40. **Figure 29**
 41. **Figure 30**
 42. **Figure 31**
 43. **Figure 32**
 44. **Figure 33**
 45. **Figure 34**
 46. **Figure 35**
 47. **Figure 36**
 48. **Figure 37**
 49. **Figure 38**
 50. **Figure 39**
 51. **Figure 40**
 52. **Figure 41**
 53. **Figure 42**
 54. **Figure 43**
 55. **Figure 44**
 56. **Figure 45**
 57. **Figure 46**
 58. **Figure 47**
 59. **Figure 48**
 60. **Figure 49**
 61. **Figure 50**
 62. **Figure 51**
 63. **Figure 52**
 64. **Figure 53**
 65. **Figure 54**
 66. **Figure 55**
 67. **Figure 56**
 68. **Figure 57**
 69. **Figure 58**
 70. **Figure 59**
 71. **Figure 60**
 72. **Figure 61**
 73. **Figure 62**
 74. **Figure 63**
 75. **Figure 64**
 76. **Figure 65**
 77. **Figure 66**
 78. **Figure 67**
 79. **Figure 68**
 80. **Figure 69**
 81. **Figure 70**
 82. **Figure 71**
 83. **Figure 72**
 84. **Figure 73**
 85. **Figure 74**
 86. **Figure 75**
 87. **Figure 76**
 88. **Figure 77**
 89. **Figure 78**
 90. **Figure 79**
 91. **Figure 80**
 92. **Figure 81**
 93. **Figure 82**
 94. **Figure 83**
 95. **Figure 84**
 96. **Figure 85**
 97. **Figure 86**
 98. **Figure 87**
 99. **Figure 88**
 100. **Figure 89**
 101. **Figure 90**
 102. **Figure 91**
 103. **Figure 92**
 104. **Figure 93**
 105. **Figure 94**
 106. **Figure 95**
 107. **Figure 96**
 108. **Figure 97**
 109. **Figure 98**
 110. **Figure 99**
 111. **Figure 100**
 112. **Figure 101**
 113. **Figure 102**
 114. **Figure 103**
 115. **Figure 104**
 116. **Figure 105**
 117. **Figure 106**
 118. **Figure 107**
 119. **Figure 108**
 120. **Figure 109**
 121. **Figure 110**
 122. **Figure 111**
 123. **Figure 112**
 124. **Figure 113**
 125. **Figure 114**
 126. **Figure 115**
 127. **Figure 116**
 128. **Figure 117**
 129. **Figure 118**
 130. **Figure 119**
 131. **Figure 120**
 132. **Figure 121**
 133. **Figure 122**
 134. **Figure 123**
 135. **Figure 124**
 136. **Figure 125**
 137. **Figure 126**
 138. **Figure 127**
 139. **Figure 128**
 140. **Figure 129**
 141. **Figure 130**
 142. **Figure 131**
 143. **Figure 132**
 144. **Figure 133**
 145. **Figure 134**
 146. **Figure 135**
 147. **Figure 136**
 148. **Figure 137**
 149. **Figure 138**
 150. **Figure 139**
 151. **Figure 140**
 152. **Figure 141**
 153. **Figure 142**
 154. **Figure 143**
 155. **Figure 144**
 156. **Figure 145**
 157. **Figure 146**
 158. **Figure 147**
 159. **Figure 148**
 160. **Figure 149**
 161. **Figure 150**
 162. **Figure 151**
 163. **Figure 152**
 164. **Figure 153**
 165. **Figure 154**
 166. **Figure 155**
 167. **Figure 156**
 168. **Figure 157**
 169. **Figure 158**
 170. **Figure 159**
 171. **Figure 160**
 172. **Figure 161**
 173. **Figure 162**
 174. **Figure 163**
 175. **Figure 164**
 176. **Figure 165**
 177. **Figure 166**
 178. **Figure 167**
 179. **Figure 168**
 180. **Figure 169**
 181. **Figure 170**
 182. **Figure 171**
 183. **Figure 172**
 184. **Figure 173**
 185. **Figure 174**
 186. **Figure 175**
 187. **Figure 176**
 188. **Figure 177**
 189. **Figure 178**
 190. **Figure 179**
 191. **Figure 180**
 192. **Figure 181**
 193. **Figure 182**
 194. **Figure 183**
 195. **Figure 184**
 196. **Figure 185**
 197. **Figure 186**
 198. **Figure 187**
 199. **Figure 188**
 200. **Figure 189**
 201. **Figure 190**
 202. **Figure 191**
 203. **Figure 192**
 204. **Figure 193**
 205. **Figure 194**
 206. **Figure 195**
 207. **Figure 196**
 208. **Figure 197**
 209. **Figure 198**
 210. **Figure 199**
 211. **Figure 200**
 212. **Figure 201**
 213. **Figure 202**
 214. **Figure 203**
 215. **Figure 204**
 216. **Figure 205**
 217. **Figure 206**
 218.

ue assina esse documento, e

Kindermann

0-SC 16846

24

[illegible]

Cincinnati-dentista

CRO-SC 16846



704339
INTERCAMBIO

[illegible][illegible]

As informações aqui contidas são de caráter confidencial e não devem ser divulgadas a terceiros sem a devida autorização da Odebrecht. Qualquer violação desta política poderá resultar em sanções disciplinares, inclusive a rescisão do contrato de trabalho.

Paula Kindermann
Cirurgia-dentista
CRO-SC 16846

36/89/23

Spedizione in abb. post. 20/01/2014 n. 1004

4 6 6 11 8 0 1 5 9

Paula Fundermeyer

25510101

www.ck12.org

2000



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/08/2012	4-Data de Autorização 08/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9006444	7-Data Validade da Senha 28/11/2012	85454 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202537914700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CELSO LUIS WERPLOTZ		14-Telefone () -	15-Data Validade do plano 04/07/1974			
16-Nome do titular do plano CELSO LUIS WERPLOTZ						

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNE		
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S		

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Clínica	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/09/2012		<i>Paula</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 08/09/2012 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 08/09/2012 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2012 Celso Luis Werplotz	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2012
---------------	--	---	---	--

Paula Kindermann
 Cirurgiã-dentista
 CRO-SC 16846



659182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935100	7-Data Validade da Senha 11/11/21
8-Endereço do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202509784001006301	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome RAFAEL CARLOS ELOY DIAS		15-Data de Nascimento 20/11/1979	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano RAFAEL CARLOS ELOY DIAS	
18-Endereço do Contribuinte Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RH N	20-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	21-Número no CRO 16846	22-UF SC	23-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
24-Código de Operadora / CNPJ / CPF 08766759916	25-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	26-Número no CRO 16846	27-UF SC	28-Código CNES	
29-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		30-Número no CRO 16846	31-UF SC	32-Código CBO S	

33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Carteira Região	37-Face	38-Gra	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Guia	45-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/08/21		Paula
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/08/21		+ Paula
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/08/21		2 Paula
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/08/21		+ Paula
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/08/21		Paula
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

46-Data Previsão Término do Tratamento / /	47-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US 178,00	50-Valor Total R\$ 0,00	51-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/21 Paula Kindermann	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/21 Paula Kindermann	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21 Rafael Dias	55-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/21
--	--	---	---

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



717416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019		4-Data de Autorização 12/04/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9101557		7-Data Validade da Senha 12/03/2021					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202511633500104101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional da Saúde															
13-Nome DINEIA GARCIA MENDES BATISTA						14-Telefone 27/06/1969		15-Nome do titular do plano DINEIA GARCIA MENDES BATISTA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN				18-Número no CRO 16846		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código da Operação / CNPJ / CPF 08768759916				22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN				23-Número no CRO 16846		24-UF SC					
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN				27-Número no CRO 16846		28-UF SC					
29-Código CBO S															
Plano de Tratamento / Procedimento(s) Solicitado(s)															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	37	1	1	73,00	0,00		S	27/09/21		+ Paula			
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, o por mim assinado(s), foi/foram realizado(s), com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/09/21 Paula Kindermann				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/09/21 Paula Kindermann				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/09/21 Dineia Garcia				53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/09/21 Paula Kindermann Cirurgiã-dentista CRO-SC 16846			

N-2

[illegible]

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- Qtd	36- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fornecedor/Comparticipação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Ocorrência	42- Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0				
CONSULTA ODONTOLÓGICA													
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43- Data Prescrição Termo do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela 46- Total Quantidade US 3 4 0 0 47- Valor Total R\$ 0 0 0 48- Total Faturado / Co-participação R\$													

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (x) o procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

(S) Data, hora e Contorno de Entrada
 14/11/2011 08:41
 Zorabshi
 Zorabshi
 Paula Kindermann
 Cirurgiã-dentista
 CRO-SC 16846



714374
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Criação da Guia 2/2/09/12/1	4-Data de Autorização 2/3/09/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9088073	7-Data Validade da Senha 2/1/12/12/1
8-Endereço do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511633500122101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KARLA DE SOUZA			14-Telefone 07/09/1992 () -	15-Nome do titular do plano KARLA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CNP 0876875916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Genio Região	34-Face	35-Sínt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0051000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/21		Karla
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Karla
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Karla
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Karla
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Karla
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alinhamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar, em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/21 Karla de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/21
--	--	--	---

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



700876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2019	4-Data de Autorização 13/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9047703	7-Data Validade da Senha 12/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511633500122702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDGARD ALEIXO MAYER FILHO		14-Telefone 14/11/1958	15-Nome do Titular do plano ADRIANA GROSOKOF MAYER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/09/21		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/21	53-Data, local e Carteira da Empresa 14/09/21
--	--	---	--

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846

Formulário de Atendimento - Procedimentos Substituídos											
01- Fábrea	02- Código do Procedimento	03- Descrição	04- Dente Região	05- Qto.	06- Quantidade US	07- Valor	08- Franquia/Co-participação R\$	09- Aut.	10- Casa de Realização	11- Múltiplos Gêneros	12- Assinatura
	0108100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0,00		S	28/09/21		Région
	0108530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600	0,00		S	28/09/21		Région
	0108530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600	0,00		S	28/09/21		Région
	0108530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600	0,00		S	28/09/21		Région
	0108530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600	0,00		S	28/09/21		Région
43- Data Início da Fase de Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiográfico 3- Otorrinolaringologia 4- Urgência Emergência	45- Tipo de Farmacoterapia 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 17800	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os princípios, regras, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional existente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

01 Data: Local e Assinatura do Consultor (Obrigatório)	02 Data: Local e Assinatura do Responsável	03 Data: Local e Assinatura da Empresa
28/09/21 Paula Kindermann	28/09/21 Paula Kindermann	28/09/21



714381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/10/91/21		4-Data de Autorização 22/10/91/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9088096		7-Data Validade da Senha 21/11/21/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202511696200032702				9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LUIZ GUSTAVO CARRETA JUNIOR						14-Telefone 01/04/1988		15-Nome do titular do plano JOICE DE AFELIS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN				18-Número no CRO 16846		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08768759916				22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN				23-Número no CRO 16846		24-UF SC			
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN						27-Número no CRO 16846		28-UF SC		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente, Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/21		Burg	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Burg	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Burg	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Burg	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	28/09/21		Burg	
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Prev. do Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/21 Luiz Gustavo Carreta Junior	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/21
--	--	---	---

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



720714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/11/2021	3-Data de Autorização 28/11/2021	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9111473	6-Data Validade da Senha 27/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202511633500122702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Name EDGARD ALEIXO MAYER FILHO		14-Telefone 14/11/1958	15-Name do titular do plano ADRIANA GROSKEF MAYER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico e RN N	17-Name do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO 3	225 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100226
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	23-Name do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	24-Número no CRO 16846	25-UF SC	26-Código CNE 3	
27-Name do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		28-Número no CRO 16846	29-UF SC	30-Código CBO 3	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Multico de Classe	42-Assinatura
1	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MODV	1	122,00	0,00			28/11/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/11/21 Paula Kindermann Cirurgia-dentista CRO-SC 16846
--	--	---	--



714392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 22/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9088557	7-Data Validada da Senha 22/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539549700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUAN HENRIQUE COSTA DE AVILA		14-Telefone 04/12/2001	15-Nome do titular do plano RUAN HENRIQUE COSTA DE AVILA		
Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (I) 65100218	
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clio	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/08/21		Ruan
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00		S	28/08/21		Ruan
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Frime Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-dentista Solicitante 28/08/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-dentista 28/08/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/21 Ruan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/21
--	--	--	---

Paula Kindermann
Cirurgia-dentista
CRO-SC 16846



714529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012	4-Data de Autorização 23/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9088619	7-Data Validada na Senha 21/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511633500122103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validada da Carteira / /
13-Nome MAURO RODRIGO BAPTISTA				14-Telefone 27/09/1988 () -	15-Nome do titular do plano KARLA DE SOUZA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN			18-Número no CRO 16846	19-UF SC
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN			23-Número no CRO 16846	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN				27-Número no CRO 16846	28-UF SC
				29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/21		mauro
2-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	28/09/21		mauro
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/21 Karla de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/21
--	--	--	---

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



721652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 28/09/21	3-Data de Autorização 28/09/21	4-Sexo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9114481	6-Data Validade da Guia 27/12/21
7-Endereço do Beneficiário 00202537240800000102					
8-Nome DENEYELLEN NIEHEUS FRONZA		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MURILO HENRIQUE FRONZA	11-Data Validade da Guia 28/09/21
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data de Nascimento 28/04/1995		14-Telefone () - - - - -	
15-Nome do Stuler do plano MURILO HENRIQUE FRONZA					
16-Endereço do Profissional Solicitante 17-Nome do Profissional Solicitante N PAULA CRISTINA KINDERMANN					
18-Número no CRO 16846		19-UF SC		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 06766759916		22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		23-Número no CRO 16846	
24-UF SC		25-Código CBO S		26-UF SC	
27-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		28-Número no CRO 16846		29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Data	32-Código de Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd
37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Guia
43-Assinatura					
1-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00
2-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	122,00
3-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Assinatura	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	271,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Considerações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/09/21 Paula Kindermann

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/09/21 Paula Kindermann

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/09/21 Deneyllen

53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/09/21

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



720716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/09/21		4-Data de Autorização 28/09/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9111480		7-Data Validade da Senha 27/12/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025383600000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARIA ELENA ZAVADSKI						14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano MARIA ELENA ZAVADSKI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN				18-Número no CRO 16846		19-UF SC		20-Código CBO S			
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08768759916		22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN				23-Número no CRO 16846		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN						27-Número no CRO 16846		28-UF SC		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura	
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122,00	0,00			28/09/21		Maio	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/21 Paula Kindermann			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/21 Maria- Elena Zavadski			53-Data, local e Cartão de Empresa 28/09/21 Paula Kindermann Cirurgião-dentista CRO-SC 16846				



701120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 13/09/21	4-Data de Autorização 14/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9048463	7-Data Validade da Senha 12/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537893800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
MATEUS RAFAEL MIRANDA

14-Telefone
05/02/1999

15-Nome do titular do plano
MATEUS RAFAEL MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0876875916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00			14/09/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/21 Paula Kindermann Cirurgião-dentista CRO-SC 16846
--	--	---	--



721603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/09/21	4-Data de Autorização 28/09/21	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9114297	7-Data Validade da Guia 27/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537943900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HEMELLY TIMM		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EMANOEL DE OLIVEIRA FILHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Omissão 42-Autorização
8800	0,00	0,00	S	28/09/21	
43-Data Prevista Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonta 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 8800	47-Valor Total R\$ 0,00
48-Tela Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Grupo/Contratado Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 28/09/21 Paula Kindermann		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/21 Hemelly Timm		53-Data, local e Carteira de Empresa 28/09/21	

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



1-Registro ANS 406414	3-Data de Entrega da Guia 13/10/2011	4-Data de Autorização 14/10/2011	5-Carimbo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9048526	7-Data Validade da Guia 12/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 002025118900500180701	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa CONDOR SUPER CENTER LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome JOLSEMAR ROVILDO DOS SANTOS	14-Tipo de plano 30/10/1985
15-Nome do titular do plano JOLSEMAR ROVILDO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN
18-Número no CRO 16846	19-UF SC
20-Código CBO E	21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 08768759918
22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846
24-UF SC	25-Código CBO E
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	27-Número no CRO 16846
28-UF SC	29-Código CBO E

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cota de Realização	41-Matéria de Classe	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8800	000			14/09/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgências/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8800	47-Valor Total R\$ 000	48-Tipo Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	--------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/2011 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/2011 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/2011

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846

[illegible]

Reserva-se o direito de Análise e aprovação documental, conforme os procedimentos técnicos, científicos e estatísticos de planejamento, conforme as normas estabelecidas, visando a seleção do material, que apresentando-se a cumprir as orientações do profissional assistente e em conformância com os critérios previstos em legislação, fornecer a lista com o respectivo(s) documento(s) a ser(em) analisado(s), habilitado(s) para(s) inclusão no acervo, encaminhando-o de forma satisfatória. Autoriza e Orienta-se a pagar em favor, nome e por conta própria, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores estabelecidos no instrumento contratual.

14.09.21	Paula Kindermann	14.09.21	Paula Kindermann	14.09.21	Paula Kindermann	14.09.21	Paula Kindermann
----------	------------------	----------	------------------	----------	------------------	----------	------------------

14.09.21 Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



675886
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/2011	4-Data de Autorização 01/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8973111	7-Data Validade da Guia 20/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536468100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIANA DA ROCHA DIOMARIO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KATIANA DA ROCHA DIOMARIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN		18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916		22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		23-Número no CRO 16846	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846		28-UF SC	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/09/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 28/09/21 Katiana da Rocha Diomario	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/09/21 Paula Kindermann Cirurgião-dentista CRO-SC 16846
--	--	--	---



716008
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 9/12/1	4-Data de Autorização 12/4/10 9/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9096942	7-Data Validez da Senha 12/2/11 12/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536468100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KATIANA DA ROCHA DIOMARIO		14-Telefone 13/04/1984	15-Nome do titular do plano KATIANA DA ROCHA DIOMARIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 06768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabella	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa	45-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/09/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/09/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	28/09/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/21 Katiana da Rocha Diomário	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/21 Paula Kindermann Cirurgião-dentista CRO-SC 16846
--	--	---	--

249



675885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data da Emissão da Guia [2][2]/[0][8]/[2][1]		4-Data de Autorização [0][1]/[0][9]/[2][1]		5-Senha AUTORIZADO		6-Número na Guia Principal 8973110		7-Data Válida da Senha [2][0]/[1][1]/[2][1]		875885 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][3][6][4][6][8][1][0][0][0][0][1][0][3]								9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira []/[]/[]		12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDUARDO CAETANO DIOMARIO								14-Telefone ([]) []-[]-[]-[]-[]-[]		15-Nome do titular do plano KATIANA DA ROCHA DIOMARIO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Ancionamento à RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN						18-Número no CRO 16846		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][8][7][6][8][7][5][9][9][1][6]				22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN				23-Número no CRO 16846		24-UF SC		25-Código CHES			
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN						27-Número no CRO 16846		28-UF SC		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	[0][0][8][1][0][0][0][0][3][0]	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	[3][4][0][0]	[0][0][0]		S	[14][08][21]		Eduardo			
2-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	[6][1][0][0]	[0][0][0]		S	[14][08][21]		Eduardo			
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento []/[]/[]															
44-Tipo de Atendimento [] 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						45-Tipo de Faturamento [] 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US [][][][9][5][0][0]		47-Valor Total R\$ [][][][0][0][0]		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/03/2021 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/03/2021 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/03/2021 Eduardo C. Diniz	53-Data, local e Cópia da Empresa 14/03/2021 Paula Kindermann Cirurgiã-dentista CRO-SC 16846
--	--	--	---

